

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 31

Contribution à l'étude
des hématomes étendus de la face
et du cuir chevelu chez le nouveau-né

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques DURAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 5 Mars 1907 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOMES
ÉTENDUS DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU
CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Contribution à l'étude
des hématomes étendus de la face
et du cuir chevelu chez le nouveau-né

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques DURAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 5 Mars 1907 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
EPARVIER et GUILLEMINET, *agregés*.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR JACQUES CASTERET

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR FRÉDÉRIC SÉGU

Docteur ès-Lettres

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

En témoignage de notre respect.

Il nous a accueilli dans son Service
avec une extrême bienveillance.

Nous l'en remercions bien vivement,
ainsi que de l'honneur qu'il nous a fait
de bien vouloir présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Nous sommes heureux d'avoir pu
profiter de son enseignement. Nous le
remercions d'avoir bien voulu faire
partie de notre Jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Nous lui devons une des observations
les plus intéressantes de notre thèse.
Respectueux hommage.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSILLON
Chef de Laboratoire à la Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse et aidé de ses conseils. Qu'il
veuille bien trouver ici le témoignage
de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIER
Moniteur à la Clinique Obstétricale

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOMES ÉTENDUS DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Introduction

Dans le travail que nous avons entrepris, nous nous sommes strictement borné à l'étude des hématomes étendus de la face et du cuir chevelu, négligeant les céphalématomes banaux qui s'en distinguent par leurs caractères anatomiques et par leur évolution bénigne le plus souvent.

Nous avons également écarté les hématomes passagers et sans tendance à l'extension, se produisant à la suite d'une application de forceps ou accompagnant des lésions par pression du promontoire ou de l'arc antérieur dans les accouchements dystociques.

Nous avons seulement retenu les cas d'hématomes caractérisés par de larges suffusions sanguines du tissu cellulaire sous-cutané de la face et du cuir chevelu pouvant se produire aussi bien au cours d'accouchement spontané que dystocique, présentant un caractère extensif, menaçant enfin la vie de l'enfant.

Nous nous efforcerons de préciser les conditions cliniques d'apparition de ces accidents, leur pathogénie et leur thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique

Ayant été assez heureux pour observer, cet hiver, dans le service de M. le Professeur Voron, deux cas de ce genre, cependant extrêmement rares, nous avons été conduit à les étudier sur les conseils de M. le Docteur Bansillon, ayant estimé qu'ils devaient être retenus précisément pour leur rareté et aussi pour leur pathogénie encore mal définie.

La littérature obstétricale présente de nombreux cas d'hémorragie survenant chez le nouveau-né, hémorragies méningée, hépathique, péritonéale, céphalématome, mais rares sont ceux que nous avons relevés entrant dans le cadre de notre travail.

Voici cependant quatre observations, deux sont dues à Commandeur, une à M. le Professeur Eparvier, l'autre à Chambrelend et Balard, qui nous ont semblé devoir être retenus.

OBSERVATION I
(COMMANDEUR, mai 1911.)

*Hémorragie mortelle chez un nouveau-né par petite
plaie frontale.*

L'enfant S.... est né à la Maternité de la Charité le 2 avril 1911, à 5 heures du soir.

La dilatation avait été lente et avait duré trente et une heures. Les membranes s'étaient rompues spontanément trois heures après le début du travail, alors que la dilatation était encore à un franc. Vers la fin du travail, les douleurs s'espacèrent et on dut terminer l'accouchement par une application de forceps à dilatation complète, tête dans l'excavation en O.I.G.A. L'intervention dura dix minutes et l'enfant vint en état de mort apparente ; il fut ranimé en dix minutes. Il pesait 3.300 gr. La prise de la tête avait été asymétrique, mastoïdo-frontale et la cuiller frontale avait produit une petite plaie cutanée. L'écoulement sanguin qui se produisait par cette plaie s'arrêta vite par l'application d'un bandage compressif.

Le lendemain matin, l'enfant est évacué à la 1^{re} infirmerie avec sa mère qui présentait une élévation de la température. Vers 2 heures après-midi, on s'aperçoit que le pansement qui couvre la plaie est imprégné de sang. L'interne du service appelé défait le pansement et constate que la petite croûte qui recouvrait déjà la plaie s'est soulevée et le sang suinte lentement par celle-ci. Il fait de la compression pendant quelques minutes et applique un pansement serré.

Deux heures après, le pansement est à nouveau traversé ; l'interne de garde fait une nouvelle séance de compression et un nouveau pansement compressif. A 6 heures du soir l'hémorragie persiste, le sang a de nouveau transpercé le pansement. L'interne du service fait pendant une heure de la compression directe et applique un dernier pansement très serré, mais dans la soirée l'écoulement sanguin continue. On essaye alors la compression des carotides. A ce moment-là, le cordon, qui avait été cependant bien lié au moment de la naissance, commence à saigner et l'enfant meurt vers 4 heures du matin avec des signes d'anémie aiguë. A aucun moment on n'a noté d'hémorragie nette par le tube digestif, bien que le méconium ait paru très noir.

AUTOPSIE. — Après incision du cuir chevelu, on constate sous celui-ci un vaste hématome formant sur le crâne une large calotte étendue de la protubérance occipitale externe aux arcades orbitaires et latéralement jusqu'au-dessus des pavillons des oreilles. Son épaisseur au niveau du sommet du crâne atteint un centimètre et va en décroissant vers la périphérie..

La plaie frontale mesure environ quatre millimètres. A son niveau l'aponévrose épicroanienne est déchirée mais l'os sous-jacent ne présente aucune lésion. Il n'y a pas de trace de fracture du crâne, ni de déchirure suturale. Pas de lésions encéphaliques, sauf quelques filets sanglants sur la pie-mère ; pas d'hémorragie dans les ventricules.

Le poumon droit présente à sa base une tumeur du volume de deux petites noisettes, de coloration rouge

foncé et laissant écouler du sang à l'incision. Il s'agit manifestement d'un hématome sous-pleural ; le tissu pulmonaire sous-jacent est absolument normal.

Le poumon gauche présente aussi à la base une tumeur de même nature, mais moins volumineuse.

Le reste de l'autopsie est négatif.

Foie	145	grammes.
Cœur	10	—
Poumons.	35	—
Reins	30	—
Rate	7	—

Ajoutons pour compléter l'observation que la mère présentait une température de 38°5 immédiatement avant l'accouchement, laquelle s'est maintenue le lendemain ; le troisième jour elle a atteint 39°4. L'infection maternelle pendant le travail n'était pas douteuse ; elle fut bénigne. Le neuvième jour la défervescence était complète.

OBSERVATION II

(CHAMBRELEND et BALARD, octobre 1911.)

*Vaste hématome du cuir chevelu chez un nouveau-né
ayant entraîné la mort.*

La mère primipare, âgée de 38 ans, exerçant la profession de domestique, se présente le 3 octobre à la clinique obstétricale, au début du travail. L'examen permet de reconnaître que l'on avait affaire à une présentation du sommet en position G.A. La période de

dilatation dure trois heures et demie et la poche des eaux se rompit spontanément à dilatation complète. Puis comme le travail traînait un peu en longueur et surtout parce que le fœtus donnait quelques signes de souffrance se traduisant uniquement par quelques modifications des bruits du cœur, on dut avoir recours à une application de forceps au détroit inférieur qui fut très facile, sans dérapage de l'instrument et sans qu'on ait le moins du monde serré la vis de pression.

L'enfant, que l'on supposait en état de souffrance, cria aussitôt. Il était très bien constitué et pesait 3.470 grammes. On nota sur le pariétal droit une bosse séro-sanguine. Le lendemain la bosse séro-sanguine augmentait au lieu de disparaître, mais restait très localisée au pariétal droit ; on diagnostiqua un céphalématome.

Le troisième jour, l'épanchement débordait les limites du pariétal droit, empiétant très largement sur le temporal et gagnant même le pariétal du côté opposé. En outre, l'enfant maigrissait considérablement, il ne pesait plus que 3.180 grammes, il tétait mal et présentait les signes de grande hémorragie, décoloration complète des muqueuses et des téguments, pouls rapide et du reste très peu perceptible.

On institua des injections de sérum artificiel et de sérum antidiphthérique, des frictions alcoolisées et des bains sinapisés.

Le quatrième jour l'enfant mourait sans que le traitement eût paru amener la moindre amélioration dans son état.

AUTOPSIE. — Elle fut pratiquée dix-huit heures après la mort. Sur le cuir chevelu, au niveau du pariétal droit, on constatait très nettement la trace du forceps qui se traduisait par une petite escharre très superficielle de la peau et répondant bien à la forme d'une cuillère de forceps. En palpant le crâne, on sentait à la partie supérieure du pariétal droit une forte saillie dure, résistante et formant un relief presque linéaire, tandis que plus bas, en descendant vers le temporal, les doigts tombaient dans une sorte d'excavation molle qui donnait tout à fait l'impression d'un enfoncement du pariétal.

Aussitôt la peau incisée, dans le tissu cellulaire, d'ordinaire pourtant si intimement rattaché à l'aponévrose épicroanienne, on tombait sur une hémorragie en nappe s'étendant de l'occiput à la région sus-orbitaire et descendant latéralement le long du sillon préauriculaire jusque dans le tissu cellulograsseux de la joue. Sur la plus grande partie de la voûte crânienne, la peau était encore adhérente à l'aponévrose, il n'y avait qu'une simple hémorragie en nappe, sauf au niveau du pariétal droit. Là s'était produit un énorme décollement qui contenait une centaine de grammes de sang épanché.

Au niveau de la portion supérieure du pariétal, on notait une couche de sang coagulé épaisse de deux centimètres, tandis que du sang encore liquide se trouvait au-dessous, dans la région temporo-pariétale, à l'endroit où par le palper on avait la sensation d'un enfoncement osseux.

Après avoir enlevé tous les caillots et tout le sang épanché, qui peut être évalué au total à 150 grammes

environ, nous avons cherché s'il existait un vaisseau rupturé expliquant cette grosse hémorragie ; nous n'en trouvâmes pas. Après avoir incisé l'aponévrose épicroanienne, nous arrivâmes sur le périoste intact et adhérent intimement à l'os. La calotte crânienne fut enlevée et on n'y trouva pas la moindre fêlure.

Rien à l'examen des autres organes. Pas d'hémorragie méningée, pas de sang épanché dans aucune séreuse, ni dans aucune viscère. Foie normal : 85 gr. A noter que le cœur ne contenait pas le moindre caillot et que l'aorte et les gros vaisseaux étaient à peu près exsangues.

La mère, interrogée au point de vue d'une hémophilie possible, a nié tout antécédent dans ce sens et elle n'a rien observé de semblable dans sa famille. Examinée au point de vue spécifique, elle ne présente aucun signe permettant de faire supposer qu'elle soit syphilitique. Elle exerce la profession de domestique ; il ne semble pas qu'elle ait jamais subi la moindre intoxication chronique et elle n'a pas fait de maladie aiguë au cours de sa grossesse. Elle n'a pas pu nous fournir de renseignements sur le père.

OBSERVATION III

(COMMANDEUR, janvier 1914.)

Céphalématome double suivi de mort.

L'enfant B... est né le 23 janvier 1914 par le sommet en O.I.G.A., d'une mère primipare, âgée de seize ans, après un travail de dix-sept heures cinquante

minutes, dont une heure vingt minutes d'expulsion. Aucun accident du travail. Mère sans passé pathologique. L'enfant à terme pèse 3.150 grammes et son placenta 410 grammes. Il est né vigoureux.

Le lendemain de la naissance apparaît sur chaque pariétal un céphalématome qui atteint bientôt le volume d'une petite orange. Les jours suivants, sans que l'état général de l'enfant présente rien de particulier, les deux tumeurs augmentent progressivement de volume au point que chacune d'elles occupe toute l'étendue du pariétal correspondant, mais restant naturellement limitée à cet os. L'enfant tête bien et à partir du troisième jour commence à prendre du poids.

A la fin de la première semaine, on note que les tumeurs céphaliques tendent toujours à augmenter, bien que lentement. Elles sont tendues, rénitentes et leur palpation provoque les cris aigus de l'enfant. A un léger ictère qui avait apparu le quatrième jour vient se surajouter un certain degré de pâleur. Le huitième jour l'enfant tête moins bien, vomit un peu, la courbe de poids baisse, la pâleur des téguments s'accroît : on lui fait une injection intra-rectale de sérum gélatiné. Le dixième jour, sans autre phénomène que l'accentuation progressive des phénomènes anémiques, l'enfant succombe. A ce moment les deux céphalématomes sont à leur maximum de développement et de tension.

AUTOPSIE. — L'incision et le décollement du cuir chevelu à gauche met à nu l'aponévrose épicroténienne qui recouvre le céphalématome. Une incision en croix de la paroi découvre un caillot volumineux de soixante grammes qu'on isole difficilement de son enveloppe

périostique et de l'os sous-jacent. La surface du pariétal est alors nettoyée sous un filet d'eau; on recherche avec soin les solutions de continuité de l'os, mais on ne trouve en aucun point de fracture même trabéculaire. Au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal, le céphalématome occupe toute l'étendue de l'os. A la surface de celui-ci on trouve quelques zones ecchymotiques soit sous forme de bandes avoisinant la suture sagittale, soit sous forme de deux petites taches rondes situées l'une sur la bosse pariétale, l'autre en avant et un peu au-dessus de celle-ci.

Des constatations analogues sont faites sur le céphalématome droit. Le caillot de ce côté pèse quatre-vingts grammes et occupe tout l'étendue du pariétal. Le poids total des deux caillots est de 140 grammes.

Enfin on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané recouvrant la partie postérieure de la sagittale et la partie fontanelle une infiltration ecchymotique qui occupe aussi le tissu fibreux de la suture et de la fontanelle.

Examen nécropsique des viscères et du contenu crânien négatif.

OBSERVATION IV

(Par M. le Professeur EPARVIER, 1924.)

Hématome étendu du cuir chevelu chez un nouveau-né.

Voici l'observation d'un nouveau-né qui présenta dès le soir de sa naissance un hématome considérable du cuir chevelu avec un état général grave et qui sortit guéri trois semaines après.

X... Jeanne, obs. 788 de la clinique obstétricale de Lyon 1924, 20 ans. Antécédents héréditaires et personnels ne présentant rien de spécial. Primipare. Bassin normal. Accouchement à terme. Présentation en O.I.D.P. Dégagement en occipito-pubienne.

Dilatation : 3 heures 15. Expulsion : 40 minutes. Garçon vigoureux de 3.430 grammes. Taille : 50 centimètres. Placenta de 530 grammes, normal. Bosse séro-sanguine énorme sur le bord postérieur du pariétal gauche.

Dimensions de la tête fœtale :

Sincipito-mentonnier	14	centimètres.
Occipito-frontal.	12	—
Sous-occipito-bregmatique	10	—
Bi-pariétal	9,5	—
Sous-mento-bregmatique	9,5	—
Circonférence occipito-frontale	36	—
Circonférence sous-occipito-bregma- tique	33	—

Le soir de la naissance, œdème considérable du cuir chevelu, de la face et des paupières; température, 36°8. Deux jours après, l'œdème a encore augmenté. Il existe une ecchymose rétro-auriculaire.

Ponction lombaire donnant un liquide limpide.

Le sixième jour, l'œdème augmente encore et l'ecchymose s'étend. L'enfant ne peut ouvrir les yeux. Les paupières sont ecchymotiques. Il existe des ecchymoses sous-conjonctivales. L'enfant crie constamment et la moindre pression exagère ses cris.

La température oscille entre 38°2 et 38°6 pendant cette période (cinquième, sixième, septième jour). Le

neuvième jour la température baisse. L'enfant semble très affaibli : il ne pèse plus que 2.780 grammes (3.430 grammes à la naissance).

L'œdème cependant diminue, les ecchymoses pâlisent, le calme revient à partir du douzième jour. Le dix-huitième jour l'enfant ne présente plus qu'un céphalématome volumineux sur le pariétal gauche et une légère teinte ecchymotique des paupières. Il tète et prend du poids. Il quitte le service pesant 3.300 grammes à trois semaines.

Telles sont les observations que nous avons relevées et que, d'après leurs caractères pathogéniques et évolutifs, nous avons pu joindre aux deux suivantes.

OBSERVATION V

(Personnelle. *Clinique Obstétricale de Lyon*,
18 février 1931.)

V. P., âgée de vingt-trois ans, primipare, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels, est entrée dans le service à huit mois de grossesse. A l'examen général, rien à signaler. A l'examen obstétrical, ventre étalé, parois souples présentation en O.I.G.A. Bruits du cœur positifs.

Les douleurs ont débuté le 18 février, à 20 heures. A ce moment-là le col est perméable à un doigt. La dilatation complète s'est effectuée le 19 février, à cinq heures trente, de même que la rupture des membranes.

La présentation est en O.I.G.A. Les bruits du cœur positifs. Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

La durée de la dilatation a été de neuf heures trente, celle de l'expulsion deux heures trente. La durée totale du travail, douze heures. Pendant le travail a eu lieu une déchirure périnéale traitée par deux points de suture.

Sortie du délivre le 19 février, à neuf heures trente, par délivrance artificielle ; la perte a été de 1.000 grammes et de 250 grammes ensuite.

L'enfant du sexe masculin est vigoureux ; son poids est de 3.680 grammes. Le lendemain de la naissance il a présenté un gros hématome du cuir chevelu d'abord localisé à droite avec décollement de l'oreille et diffusion secondaire à gauche. L'hématome très tendu détermine par endroits de larges plaques ecchymotiques. L'enfant présente un mauvais état général avec des symptômes d'anémie. Le temps de coagulation pratiqué donne le chiffre quinze.

Le premier et le deuxième jour on pratique des injections de sérum: 20 cc., plus 2 cc. de sang maternel. Le poids de l'enfant, qui était à la naissance de 3.680 grammes, a descendu progressivement jusqu'au quatrième jour où il est de 3.380 gr., puis est remonté ensuite pour atteindre 3.500 gr. le huitième jour et 3.650 gr. le dix-huitième jour. La température oscilla entre 37° et 38° du troisième au dixième jour. L'enfant est enfin sorti du service ayant repris du poids et allant bien.

Chez la mère, les suites de couches furent subfébriles. Au cinquième jour on relève une éruption morbilliforme généralisée suivie de desquamation et de nature indéterminée, sans angine et sans que l'on

puisse penser à une rougeole ou à une scarlatine frustre.

Au toucher, rien à signaler dans les culs-de-sac ; très haut de chaque côté de l'utérus on trouve de la douleur provoquée avec rénitence profonde plus marquée à droite, et on conclut à une annexite double probable.

Elle est cependant sortie guérie de la clinique avec son enfant, trois semaines après l'accouchement,

OBSERVATION VI

(Personnelle. *Clinique obstétricale de Lyon*,
1^{er} mars 1931.)

M. J., 26 ans, primipare, entre à la salle de travail le 1^{er} mars. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. La grossesse a été bien supportée ; elle est à neuf mois et demi de gestation.

A son arrivée, à 20 heures, on note un petit disque d'albumine avec de l'œdème des pieds ; elle accuse des douleurs lombaires depuis quatre jours. A l'examen, le ventre est globuleux ; hauteur de l'utérus : 34 cm. ; parois résistantes. Présentation en O.I.D.P. avec bruits du cœur positifs.

Le col effacé est dilaté à 4 cm. Les membranes sont adhérentes au segment inférieur. On fait le décollement du pôle inférieur de l'œuf ; on trouve une poche des eaux plate.

Le 2 mars, à 10 heures, la dilatation est à 5 cm. ;

on rompt artificiellement les membranes, il s'écoule la valeur d'une cuillerée à café de liquide clair.

Le 3 mars, à 7 heures, on complète la dilatation qui est à une paume de main. Il y a une légère poussée de température à $37^{\circ}9$, les douleurs sont nulles, les bruits du cœur irréguliers. A huit heures trente, sous anesthésie générale, on fait une application de forceps. La tête est dans l'excavation en O.I.D.P. Deux prises sont faites pour achever la descente et effectuer la rotation. Une troisième prise pour amener le sous-occiput à la symphyse. Le dégagement est fait à la main en occipito-pubienne avec déchirure périnéale.

La durée de la dilatation a été de quarante-trois heures. Celle de l'expulsion deux heures cinq. La durée total du travail : quarante-cinq heures cinq.

Délivrance artificielle, durée dix minutes. Perte de sang de 600 grammes.

L'enfant du sexe féminin naît étonné. Il est ranimé en six minutes par un bain chaud. Son poids est de 4.000 grammes, sa longueur de 52 cm. On note un chevauchement des pariétaux sur l'occipital et le frontal, une paralysie faciale gauche avec des traces de forceps au niveau de la région mastoïdienne et du cou du côté gauche, de même que dans la région temporo-frontale droite.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-frontal	12 cm. 6
Sous-occipito-bregmatique	9 cm. 6
Sincipito-mentonnier	13 cm. 5
Sous-mento-bregmatique	9 cm. 1
Bi-pariétal.	9 cm. 6

Circonférence occipito-frontale..... 38 cm.

Circonférence sous-occipito-bregmatique.. 32 cm. 5

L'enfant a présenté dans les premiers jours qui ont suivi la naissance une otorragie assez abondante avec large ecchymose de la région para-auriculaire. On l'envoie en consultation en oto-rhino où on émet l'hypothèse de fracture du rocher.

Il se produit une extension progressive de l'ecchymose, et l'enfant meurt le quatrième jour après la naissance après avoir présenté une perte de poids continue et progressive de 4.000 à 3.780 grammes et des élévations de température variant de 37°4 à 38°8.

Chez la mère, la température pendant le travail a oscillé entre 38° et 39°. Dans les suites de couches, on a noté le 12 mars un utérus gros comme une orange, globuleux, non douloureux, avec col entr'ouvert. Le paramètre est douloureux à gauche et à droite sans qu'il soit possible ni d'un côté ni de l'autre de délimiter un plastron inflammatoire. La réaction de Bordet-Wassermann effectuée chez la mère a été négative.

AUTOPSIE. — L'hémicrâne du côté gauche étant enlevé, on note la présence sous la dure-mère d'une hémorragie en nappe formant un caillot de forme générale ovulaire d'une longueur de 7 cm. sur 4 cm. de largeur et de 1 cm. 1/2 d'épaisseur dans sa partie moyenne.

Le centre de l'hémorragie occupe à peu près la région de la scissure de Sylvius qu'elle comble, elle se poursuit en bas et en dedans comme un coussin sur lequel repose la substance cérébrale, et séparant celle-ci de l'étagé moyen du crâne.

Environ, on note une ecchymose de toute la région latérale du crâne à gauche et de la région carotidienne ayant disséqué les éléments vasculo-nerveux du cou.

Le rocher est intact. Il n'y a pas de sang dans l'oreille interne ni dans l'oreille moyenne. Le tympan est intact.

L'hématome carotidien paraît indépendant de l'hémorragie méningée. L'écoulement sanguin apparu par l'oreille dans les derniers jours de la vie ne vient ni de l'oreille interne ni de la base du crâne.

À droite, il n'y a pas de lésion hémorragique fronto-pariétale, mais un caillot mince et étendu occupe la partie toute postérieure du lobe pariétal, hémorragie pie-mérienne qui a les mêmes dimensions que l'hémorragie du côté gauche mais d'épaisseur bien moindre : 2 à 3 millimètres.

Il y a encore des caillots collectés à l'étage inférieur de la boîte crânienne et un caillot faisant le tour du bulbe.

Vérification négative macroscopiquement par ailleurs.



Observation VI. — Autopsie de l'enfant J.

CHAPITRE II

Commentaires

Nous aurons à envisager dans ce chapitre les cas favorables, suivis de guérison et les cas défavorables qui, avec ou sans autre accident, ont eu une terminaison fatale.

Cas favorables

OBSERVATIONS IV ET V

Nous sommes en présence de femmes n'ayant aucun passé pathologique appréciable, dont l'accouchement n'a présenté aucune sorte d'accident et s'est déroulé dans un temps normal. L'enfant est venu au monde sans qu'on puisse relever aucune trace de lésion quelconque. Dans les quelques heures qui ont suivi la naissance, un hématome est apparu, d'abord localisé puis se développant considérablement. Lésion unique qui ne s'est accompagnée que d'une élévation de tempéra-

ture, un mauvais état général, une perte sensible de poids et un degré d'anémie assez marqué, tableau clinique qui pouvait faire mettre en doute la survie de l'enfant. Puis à partir du dixième, douzième jour, l'hématome a diminué, la température a baissé, l'enfant a repris un bon état général, il tète bien, son poids augmente et il sort guéri trois semaines après environ.

Cas défavorables

OBSERVATIONS I, II, III, VI

Etudions d'abord les cas d'hématome simple, c'est-à-dire où les lésions hémorragiques n'intéressaient que les parties molles superficielles, les méninges n'étant le siège d'aucune suffusion sanguine.

Dans l'observation III, nous ne relevons aucun passé pathologique, une grossesse normale, pas d'accident pendant le travail, pas d'intervention. Les conditions d'apparition du céphalématome dans les quelques heures qui ont suivi la naissance sont semblables à celles des hématomes étudiés plus haut, de même que les phénomènes généraux qui l'ont accompagné. Nous notons ici aussi l'évolution progressive, la pâleur, l'ictère, la perte de poids, la terminaison mortelle le dixième jour, époque peut-être critique qu'avaient pu franchir les nouveau-nés des observations précédentes, à partir de laquelle leur état s'était amélioré. De plus, à l'autopsie on a découvert une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Tous signes qui apparentent le

céphalématome aux hématomes dont nous nous sommes proposé l'étude.

A l'encontre de ce que nous avons trouvé jusqu'à présent, dans les deux observations suivantes la dilatation fut difficile et l'accouchement dut s'achever par un forceps.

Dès la naissance, dans l'observation I, on ne note que l'existence d'une petite plaie cutanée avec écoulement sanguin rapidement arrêté. Ce n'a été que le lendemain que l'hémorragie incoercible est apparue, compliquée plus tard d'hémorragie du cordon et déterminant en quelques heures la mort de l'enfant. L'autopsie pratiquée fait reconnaître l'existence d'un vaste hématome du cuir chevelu.

Dans l'observation II, un hématome seul a été constaté, formant la lésion unique, sans autre hémorragie sans autre lésion qu'une très légère escharre due à l'application de forceps, et une bosse séro-sanguine.

Le lendemain et les jours suivants, l'épanchement déborde les limites du pariétal, s'étend considérablement.

La lésion évolue ici de la même façon, avec les mêmes signes cliniques de perte progressive de poids, de grande hémorragie, pouls rapide ; mais l'hématome plus développé, l'hémorragie plus grave ont déterminé la mort le quatrième jour.

Nous allons maintenant étudier la dernière observation. Cas mixte où l'ecchymose de la région parauriculaire s'est compliquée d'otorragie et d'hémorragie méningée.

Le travail a été d'une longueur exagérée de quarante-

trois heures. C'est l'application de forceps qui a indéniablement produit une partie des lésions cutanées et la paralysie faciale gauche, mais nous ne croyons pas possible, d'après le résultat de l'autopsie, de rattacher à cette cause les phénomènes survenus après la naissance tels que l'otorragie, l'ecchymose progressive de la région para-auriculaire et l'hémorragie méningée qui ont entraîné la mort du nouveau-né.

L'autopsie est en effet nettement négative en ce qui concerne une lésion osseuse éventuelle. Le rocher est intact. On n'a trouvé ni dans l'oreille interne ni dans la base du crâne la cause de l'otorragie.

Nous croyons donc pouvoir admettre une prédisposition particulière de ce nouveau-né, déterminant des phénomènes hémorragiques portés à leur degré extrême par le traumatisme obstétrical.

Pouvons-nous de ces quelques observations tirer un tableau clinique d'ensemble ?

Le premier point et qui a frappé tous les observateurs de pareils accidents est la précocité d'apparition de l'hématome :

Deuxième et troisième jour pour l'observation II.

Vingt-quatre heures après pour l'observation III.

Le soir même de la naissance pour l'observation IV.

Vingt-quatre heures après pour l'observation V.

Quelques heures après pour l'observation VI.

Il est à remarquer que dans la première observation il s'agissait plutôt de phénomènes hémorragiques à allure incoercible beaucoup plus que d'hématome cranio-facial. Nous pensons pouvoir cependant ranger cette observation à côté des autres car il paraît certain

que la plaie frontale assez profonde permit au sang épanché de s'écouler plus ou moins à l'extérieur, réalisant ainsi une véritable soupape de sûreté. Il n'en est pas moins vrai que le sang de ce nouveau-né n'avait apparemment aucune tendance à la coagulation, que c'est surtout ce dernier point qui peut apparaître pathologique.

En ce qui concerne les autres observations, malgré quelques différences de détail sur lesquelles nous avons insisté, on peut relever toutefois des points communs assez précis.

Le phénomène objectif essentiel est incontestablement l'hématome. Celui-ci a d'emblée une allure extensive considérable. Il siège dans le tissu cellulaire sous-cutané du crâne ou celui de la face, les deux régions pouvant être toutes les deux intéressées. Cette suffusion sanguine est étendue, douloureuse à la pression, déterminant parfois des ecchymoses et souvent même s'accompagnant d'hémorragie sous-conjonctivale.

L'état général de l'enfant est également touché d'une façon assez précoce. La teinte générale des téguments est blanche, blafarde; assez souvent on note de l'ictère, mais ce dernier phénomène serait plus tardif, indiquant vraisemblablement un certain degré de résorption des hématies épanchées. L'élévation de température est également courante sans atteindre cependant des degrés très élevés. Enfin ces enfants perdent du poids, têtent avec peine et présentent un mauvais état général.

L'hémorragie méningée peut être associée à ces

hématomes diffus de la face et du crâne. Il semble cependant, au point de vue clinique (observation VI), que les symptômes propres à l'hémorragie méningée soient masqués par les manifestations cliniques appartenant en propre à l'hématome lui-même. Nous n'avons pas observé dans ce cas de phénomènes convulsifs, de la raideur de la nuque. La ponction lombaire n'a d'ailleurs pas été faite, l'état général de l'enfant étant par trop précaire pour supporter la moindre intervention.

Toutefois nous avons eu l'impression que la coexistence de ces deux hématomes superficiel et méningé représente un pronostic d'une gravité extrême, et quelle que soit l'hypothèse envisagée, il paraît douteux qu'un enfant puisse faire les frais d'hémorragie crânienne de cette importance et de cette qualité.

D'ailleurs il est assez difficile d'en préciser les conditions d'apparition, bien que certaines hypothèses pathogéniques puissent être retenues.

CHAPITRE III

Pathogénie

Il est certain que, en ce qui concerne l'explication de ces accidents, nous ne pouvons émettre que des hypothèses dont la vérification elle-même est assez difficile à réaliser.

Tout d'abord, parmi les observations que nous avons rapportées, nous ne relevons qu'un cas de prématurité et ceci peut éliminer la participation d'une débilité congénitale possible chez un enfant dont le système vasculaire et sanguin participerait à la faiblesse organique générale.

Une deuxième condition, qui peut et doit être discutée, réside dans le mode d'accouchement. Dans trois de nos cas nous relevons des applications de forceps. Dans l'observation II il s'agit simplement d'une prise correcte au cours d'un forceps qui fut facile et rapide. Il n'en est pas de même dans les observations I et VI, où l'on note une prise asymétrique avec extraction plus laborieuse. Enfin dans la dernière observation on fut obligé de faire deux applications puisqu'il s'agissait

d'une présentation occipito-postérieure. Notons également que c'est dans ces deux derniers cas que furent observées les manifestations hémorragiques du côté des méninges, discrètes pour l'observation I, considérables pour l'observation VI.

Toutefois vu le nombre considérable de forceps difficiles pratiqués dans l'obstétrique courante, sans qu'il en résulte de manifestations de l'ordre de celles que nous avons décrites, on est bien amené à penser qu'il ne s'agit là que d'une circonstance tout au plus favorisante. Il faut rechercher ailleurs l'élément pathogénique essentiel de ces manifestations.

La première idée qui vient à l'esprit est de rattacher ces accidents à la spécificité. Il se passerait au niveau des téguments un processus hémorragique analogue à celui qui a lieu au niveau des méninges dans l'hémorragie méningée. Ces conditions seraient moins facilement réalisables dans les cas qui nous occupent que dans les hémorragies méningées, car anatomiquement on ne peut pas assimiler la fragilité possible des vaisseaux méningés ou des plexus choroïdes aux vaisseaux et aux capillaires sous-cutanés. D'ailleurs l'hémorragie méningée n'a été rencontrée d'une façon nette et indiscutable que dans un seul de nos cas.

Il en résulte donc que, au seul point de vue anatomique, il ne paraît pas que la spécificité puisse produire de semblables lésions avec la localisation que nous étudions.

De plus, et ceci nous paraît capital, dans aucun des cas que nous avons rapportés on ne put mettre la syphilis en évidence ou même la soupçonner d'une

façon quelconque, tant au point de vue nécropsique qu'au point de vue sérologique ou par l'interrogatoire.

Nous nous bornerons à cette première conclusion prudente, c'est que sans nier la participation possible de la syphilis dans la production de semblables accidents, les observations cliniques que nous avons faites ne nous permettent pas de l'affirmer.

Nous pensons plutôt qu'il s'agirait vraisemblablement de manifestations hémophiliques dont le siège cranio-facial pourrait s'expliquer par le fait des compressions et du traumatisme inhérents à tout accouchement même normal. D'ailleurs ce défaut de coagulation paraît avoir été mis en évidence, tout au moins en ce qui concerne l'observation V. De plus ces hémorragies incoercibles d'une petite plaie frontale, une otorragie rebelle sans lésion anatomique paraissent bien, au seul point de vue clinique, devoir être rangées parmi les processus hémophiliques.

Cette hémophilie d'ailleurs, lorsqu'elle existe, peut être très grave, comme on le sait, chez le nouveau-né ; car, dans cet organisme en formation, la résistance globulaire et la fragilité des hématies est considérable, ainsi que l'ont montré Cathala et Daunay. Cette fragilité présente son maximum à la naissance, diminue progressivement jusqu'au dixième jour ou elle reste encore d'ailleurs très inférieure à la normale de l'adulte.

Ces conditions, la présence fréquente dans le sérum du nouveau-né d'hémoglobine dissoute, traduisent l'existence certaine de phénomènes d'auto-hémolyse et les auteurs classiques admettent bien que cet état phy-

siologique du sang du nouveau-né réalise un ensemble de conditions favorables à la production des hémorragies.

Cette hémophilie est-elle la première manifestation d'une hémophilie congénitale ? A-t-elle une origine infectieuse, comme pourrait le faire croire la température de l'accouchée dans quelques cas, et la notion d'épidémies hémorragiques décrites par certains auteurs ? Il est vraisemblable que l'on peut rejeter cette hypothèse dans les cas qui nous occupent, de même en ce qui concerne l'origine toxique, comme le soutient Lequeux dans sa thèse, en faisant intervenir le mal de Bright et l'éclampsie de la femme enceinte.

Cet accident se produit pendant les premières heures de la vie ; il y a là pour le nouveau-né une courte période de transition dangereuse qui correspond à la période d'adaptation de l'organisme foetal aux conditions nouvelles que lui impose la vie extra-utérine, d'où une moindre résistance de certains organes, le foie en particulier (on a relevé de l'ictère dans l'observation III), dont l'insuffisance entraînerait une diminution du fibrinogène et de l'hypocoagulabilité du sang (observation V), ayant une analogie avec les accidents hémorragiques chez les hépatiques adultes.

Quoiqu'il en soit, nous croyons pouvoir estimer que ce sont les troubles de la crase sanguine qui constituent l'élément pathogénique capital, souvent suffisant pour déterminer l'hématome. Les altérations vasculaires ne sont pas toujours évidentes, tandis qu'il semble qu'il faille admettre dans tous les cas une fluidité particulière du sang, qui, s'opposant à sa coagulation,

lui permette de s'écouler indéfiniment à travers des vaisseaux étroits, au niveau desquels devrait normalement s'effectuer une rapide thrombose physiologique.

Ces quelques notions pathogéniques que nous venons d'exposer n'apportent pas une solution définitive à l'explication des hémorragies cranio-faciales du nouveau-né, mais il nous paraît assez logique de les exposer comme découlant de l'observation même des cas qu'il nous a été donné d'étudier.

CHAPITRE IV

Pronostic

D'après ce que nous venons d'exposer, il apparaît bien comme certain que le pronostic de ces accidents doit être considéré comme grave. La mort d'ailleurs paraît assez précoce, au cours de la première semaine ; et il semble bien que, lorsque l'enfant dépasse le cap du dixième jour, sans que l'on puisse dire que la guérison est certaine, les chances de survie ont sensiblement augmenté.

Néanmoins cet accident est redoutable, car il témoigne d'une fragilité globulaire et de troubles de la coagulation pathologiques dont l'enfant pourra présenter ultérieurement des manifestations plus ou moins graves et plus ou moins tardives.

De plus, ces nouveau-nés, qui doivent résorber des quantités notables de sang extravasé dans leurs tissus, qui de plus souffrent et éprouvent de la difficulté pour s'alimenter, sont des enfants qui paraissent évidemment susceptibles de présenter des complications infec-

tieuses ou même d'ordre digestif qui viennent encore rendre plus précaire une survie possible.

A cette affection, heureusement rare mais redoutable, nous avons cherché quelle peut être la thérapeutique à lui opposer.

CHAPITRE V

Thérapeutique

En ce qui concerne le traitement local, celui-ci, qui pourrait être discuté pour un céphalématome à allure très extensive, ne paraît pas devoir être retenu dans les larges décollements hémorragiques du crâne et de la face.

Il semble bien que seul, un traitement général puisse devoir être tenté. En première ligne, nous citerons l'autohémothérapie de sang maternel, pratiquée d'abord avec prudence, comme dans l'observation V. Dans ce dernier cas, nous n'irons pas jusqu'à dire que cette thérapeutique est responsable de la guérison de l'enfant, mais il est certain qu'elle fût parfaitement tolérée.

Le traitement agirait d'ailleurs comme semble le faire la transfusion dans les hémorragies du tube digestif du nouveau-né, en stimulant l'hématopoïèse et augmentant de ce fait la coagulation sanguine.

Enfin l'origine maternelle du sang prélevé pourrait

agir dans une certaine mesure dans les cas d'hémo-philie congénitale.

A côté de ce traitement, il est certain que les nouveau-nés doivent être l'objet d'une grande surveillance, notamment au point de vue diététique alimentaire : que seule une alimentation en lait de femme leur sera appliquée, et que en cas d'excoriations cutanées, celles-ci seront traitées avec la plus grande asepsie.

Bien entendu, l'enfant sera laissé au calme le plus complet. On évitera de le remuer inutilement et cela d'autant plus que ces petits malades paraissent présenter un état de souffrance aiguë.

Une dernière question se pose : Faut-il faire un traitement spécifique ? Il semble que si l'on n'a pas de notion précise de syphilis congénitale héréditaire, il faille s'en abstenir, tout au moins en ce qui concerne le traitement actif par les arsenicaux, le traitement mercuriel par frictions par exemple pouvant par contre être beaucoup plus largement employé. Nous croyons même que l'on pourrait sans inconvénient, en cas de doute, continuer cette dernière thérapeutique, surtout après le dixième jour, alors que l'enfant présente un meilleur état général.

Nous ne pensons pas qu'il faille systématiquement et sans preuve à l'appui, instituer un traitement spécifique en pareille circonstance.

Conclusions

I. — Les larges décollements sous-cutanés de la face et du cuir chevelu par hématome extensif constituent incontestablement une rareté dans la littérature. Nous n'avons pu en relever que six cas, dont deux personnels.

II. — Le pronostic en paraît grave : quatre décès sur les six observés. Celui-ci a lieu assez précocement au cours des quatre ou cinq premiers jours ; il semble que le pronostic doive être amélioré si l'enfant franchit le cap du dixième jour.

III. — La symptomatologie est caractérisée par l'extension rapide de l'hématome ainsi que par sa diffusion. Au point de vue général, on observe régulièrement une asthénie profonde, une anémie marquée, parfois de l'ictère.

IV. — La pathogénie en est assez obscure. Il semble s'agir de troubles graves de la coagulation, sous la dépendance eux-mêmes d'une syphilis congénitale plus ou moins nette mais à laquelle on est obligé de penser. Il semble cependant que cette dernière cause ne doive pas être seule à être invoquée.

V. — Le traitement sera surtout général. Remonter l'état du petit malade; l'autohémothérapie de sang maternel sera pratiquée, ainsi que le traitement spécifique si on a le moindre doute à ce sujet.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 5 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

GRIGNARD.

Bibliographie

- BONNAIKE et DURANTE. — Pathogénie des hémorragies du nouveau-né. *Obstétrique*, 1911, p. 825.
- CATHALA et DAUNAY. — Recherche sur le sang et sur l'urine du nouveau-né pour servir à l'étude de l'ictère hémophylique du nouveau-né. *Obstétrique*, 1908, p. 568.
- COMMANDEUR. — Hémorragie mortelle chez un nouveau-né par petite plaie frontale. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mai 1911, p. 297.
- Céphalématome double suivi de mort. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mai 1914.
- EPARVIER. — Hématome étendu du cuir chevelu chez un nouveau-né. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, novembre 1925.
- GREEN (Robert), SWIFT (John). — Hemorrhagic disease of the new born.
- LEQUEUX. — *Thèse de Paris*, 1906.
- RHENTER. — *Le nouveau-né normal et pathologique. La pratique de l'art de l'accouchement* (4^e édition).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique.....	11
CHAPITRE II. — Commentaires	27
CHAPITRE III. — Pathogénie	33
CHAPITRE IV. — Pronostic	39
CHAPITRE V. — Thérapeutique	41
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45
